

学习园地

颈肩综合症的病因及诊断治疗

解放军总医院 (北京 100853)

章诗银 曹其鉴 黄孝宽 熊 健

颈肩综合症是中老年人常见的慢性疾病,发病缓慢,发病率较高,病程较长。一般为长期慢性劳损或颈椎退行性改变所引起的颈肩综合症患者,主要以颈椎退行性改变,如:颈椎骨质增生,椎间隙变窄,椎间孔变小,周围软组织充血水肿,产生无菌性炎症,引起颈肩背部的肌肉痉挛,肌群失去平衡。此时出现颈肩部疼痛而导致活动功能障碍,重者出现上肢麻木。现从以下几个方面进行探讨。

颈肩部的生物力学

颈肩部是一个统一的整体,颈椎骨骼小,但负担着较大体积和重量的头颅,并承担着肩部活动的一部份。到成年期,颈肩部运动时,尤其在受到较大加速或减速的应力时,颈椎容易受到损伤。颈、肩、背部有较多的深浅部肌肉组织,如斜方肌、肩胛提肌、大小菱形肌等,直接同颈椎或颅骨相连,劳动时无论上肢持物或肩抬重物等动作,上肢或肩部所受到的应力大部分通过肌肉牵拉而作用于颈或颅骨,直接或间接地影响到颈椎。所以说颈部的疾病,改变了力学的支点,机体本身长期慢性劳损,姿势不良,也能引起颈肩背部动力肌和韧带肌肉的劳损,使周围软组织发生损伤性疼痛。损伤首先是颈肩背部软组织,久之,改变了颈椎的力学之点,加之增生退变椎间孔变小椎间隙变窄,致使颈曲变直反张,甚至失稳等变化。这就是颈肩部综合症的发病基础。

颈肩背痛综合症的发病机理

颈椎椎间小关节与胸、腰椎椎间小关节结构不相同,其特点为颈椎椎间小关节与脊神经根尤为接近,其退变增生后导致神经根刺激的机会较多见。脊柱的任何活动都产生重力的移动,因此也产生力距的变动。为了保持平衡,肌肉活动是重要的抗衡力量。如斜方肌、菱形肌及肩胛提肌等上肢和躯干部相连接,即整个上肢重量悬挂于颈、胸椎部,人体应用上肢进行体力劳动时,应力通过以上肌群作用于头颈及肩背部,使其软组织在一定条件下,发生损伤。20岁以后,随着年龄的增长,肩关节经长期慢性劳损,肩孟窝中有弹性的关节软骨逐渐变得致密无光泽,后弹性丧失^[1]。肩锁关节是外

伤与退行性疾病的好发部位,该关节的疼痛和活动障碍影响整个肩部功能。颈肩综合症一般为中老年多见,因颈椎退变,肩部结缔组织老化,同时肌腱和韧带的弹性减退,张力减弱,因而更容易发生损伤。Jug^[2]认为将颈肩归于局部型颈椎病,并分为:1,肌肉和筋膜源性,颈部肌肉和筋膜在扭伤或撕裂后产生保护性肌痉挛。2,关节源性:X线片见小关节位置不对称或椎体间隙某一节段不正常后凸或半脱位。3,神经源性:颈脊神经背支受到刺激,产生肌痉挛。Dory. NA.^[3]认为小关节功能紊乱是颈肩痛的主要原因之一。国内曾有人解剖了颈脊神经后支,发现颈脊神经后支的节段性分布与患者的症状与体征相一致,即不同颈节段脊神经受累,就有相应神经支配区的症状与体征,并且X线照片也可见椎体与小关节的变化。认为颈肩痛可能是脊神经后支受到刺激所致。

颈肩综合症临床诊断及治疗

颈肩综合症是临床常见的慢性疾病,以慢性劳损,尤其是在工作中的不良姿势和慢性劳损为主要致病原因。其临床主要表现为:1. 发病原因:病人多有颈肩背部疼痛,因颈部扭伤受凉或姿势性劳损而发病。急性期病人颈背部软组织发紧或疼痛,颈部活动受限,有局限性压痛,少数病人颈肩部疼痛难忍,颈肩部肿胀。2. 颈肩部检查:颈椎两侧和肩背部有明显的压痛点,临床观察多数病人表现C₄₋₆旁压痛,有的小关节顺序对位欠佳,肩部活动功能受限等,如:胸锁乳突肌、提肩肌、肱二头肌、菱形肌出现紧张或痉挛。重者可有头颈偏斜等强压迫体位。病程长者可有手臂部肌肉萎缩。3. 体征检查:颈肩综合症患者一般出现椎体挤压试验阳性。臂丛牵拉试验阳性。4. X线检查:颈椎生理曲线变直,大多数C₅₋₇椎间隙变窄,椎间孔变小,椎间小关节模糊,项韧带钙化。肩肱关节间隙改变:宽窄不等,有的增宽,有的变窄。

作者曾采用牵引手法治疗42例颈肩综合症患者,治愈11例,显效22例,好转8例,无效1例。治愈显效率为78.4%。

颈肩综合症预防

主要改变颈部不良姿势和软组织的累积性疲劳和损伤。经常做颈部保健体操，可以避免颈肩部的劳损。此外，还要调整好枕头的位置，高低和软硬等。

参考文献

1. 戴克戎. 肩部外科学. 北京: 人民卫生出版社, 1992.

2. Jug A et al The Cervicalspine Hans Huberpubis Hers Bern Stutyary Viema. 1974.
3. Dorym mA Arrography of the cervical Facet Jointsradiology. 1983. 148~379.

(收稿: 1995-01-24; 修回: 1995-11-03)

老年性腰椎间盘突出症的特点及手术治疗

福建省泉州市中医院 (362000) 蔡立志 钟国荣* 陈亦斌** 黄碧玲 张建新
高建辉 孙永跃 温端生* 陈学明* 林松庆* 徐皓*

我们从 1980 年 1 月~1994 年 1 月共收治腰椎间盘突出症 856 例, 在行髓核摘除术的 564 例中, 60 岁以上者 76 例, 占本组手术治疗的 13. 5%。现就老年性腰椎间盘突出症的临床特点和手术治疗的有关问题作一分析讨论。

临床资料

本组 76 例中, 男 58 例, 女 18 例; 年龄 60~71 岁, 平均 63. 5 岁。临床上均表现为长期, 反复发作性腰痛, 其中 41 例有间歇性跛行, 18 例大小便功能障碍, 9 例下肢跛行, 行走无力, 3 例需扶拐行走, 髓核突出部位: L₄₅: 38 例, L₅S₁: 29 例, L₄₅+L₅S₁: 9 例; 左侧 31 例, 右侧是 24 例, 中央型 21 例; 24 例中央椎管狭窄, 23 例侧隐窝狭窄。手术方法: 扩大开窗髓核摘除 19 例, 半椎板切除途径 33 例, 全椎板切除途径 24 例。手术并发症 9 例。获得随访者 54 例, 随访时间 10 个月~14 年 10 个月, 平均随访 7 年 2 个月。按陆裕朴^[1]提出的方法评定结果: 优 28 例, 占 51. 85%; 良 15 例, 占 27. 78%; 较好 7 例, 占 12. 96%; 差 4 例, 占 7. 41%。优良率为 79. 63%。

讨 论

1、老年性腰椎间盘突出症的临床特点

(1) 病程较长, 本组 76 例中病史最短 5 年, 最长 27 年, 平均病程 8. 6 年。

(2) 症状反复发作, 本组病例均有 2 次腰腿痛发作史, 短者 2~6 个月发作一次, 长者间隔 2 年左右发作一次, 每当腰扭伤, 甚至姿势不当而发作, 且症状有逐渐加重的趋势。

(3) 症状复杂, 61 例有腰扭伤或腰骶部外伤史, 初

起仅有腰痛, 经休息好转, 经几次发作后渐有腰腿痛; 41 例伴有间歇性跛行; 小腿外侧, 足部麻木, 每当咳嗽或打喷嚏时下肢放射痛及麻木加重 38 例; 18 例逐渐出现大小便功能障碍, 其中 6 例于入院前 3~5 天小便不能自解。

(4) 自持力差, 由于临床症状逐渐加重, 渐失去生活自持能力, 本组有 23 例需有他人相助。

(5) 体征典型: 椎间盘突出间隙压痛, 叩击痛及放射痛均较明显, 直腿抬高 ≤15° 8 例, 20°~30° 21 例, 45~60° 32 例, ≥60° 15 例, 加强试验阳性者 47 例。膝反射减弱 24 例, 亢进 3 例, 跟腱反射消失 7 例。2/3 病例有小腿及足部感觉障碍, 鞍区痛觉消失 9 例。患侧伸蹲肌力差 48 例。腰椎 X 线片示椎体缘骨赘 47 例, 小关节增生 34 例。CT 扫描 54 例, 均能显示椎间盘突出部位及大小, 其中 26 例示纤维环及/或髓核钙化。

(6) 病理改变多重性: 椎板呈透瓦状及增厚 46 例, 有 4 例增厚度达 1. 5cm。黄韧带肥厚 37 例, 其中 3 例达 0. 8cm。侧隐窝狭窄 23 例。神经根管狭窄 14 例, 其中 6 例将神经根紧紧嵌压。小关节突增生肥大 21 例。硬脊膜外粘连 24 例。神经根受压、粘连、水肿 23 例。上述病理改变导致临床症状的加重和复杂性, 增加了手术难度, 稍有不慎, 势必造成误伤及并发症。

2、手术方法的选择: 基于老年型腰椎间盘突出症的病程冗长及上述病理改变的多重性, 不宜采用经皮髓核摘除术, 而开窗法也较困难。其次, 由于老年患者体力劳动少, 较少考虑术后脊柱稳定性问题, 为达到彻

* 南京军区福州总医院
** 福建省晋江市金井卫生院